

NUOVO MODULO di COMUNICAZIONE SANITARIA
SEGNALAZIONE POSITIVITÀ SARS-COVID19

Il/La sottoscritto/a _____

padre/madre/facente funzione genitoriale dell'alunno/a
(cancellare le voci che non interessano)

_____ frequentante la
classe ____ Sez. ____ nell'Anno Scolastico 202__ / 202__

COMUNICA

Che il proprio/a figlio/a è risultato positivo al COVID19 ed ha effettuato il tampone il
____ / ____ / 202__

Data ultimo giorno di frequenza in presenza _____ / _____ / 202__

Il suo stato vaccinale determina la necessità di effettuare una quarantena minima di:

- 7 giorni (soggetto con 3 dosi di vaccino, ovvero che ha contratto il COVID da meno di 120 giorni o che ha effettuato le prime 2 dosi da meno di 120 giorni)
- 10 giorni (soggetto non vaccinato, ovvero che ha contratto il COVID da più di 120 giorni o che ha effettuato le prime 2 dosi da più di 120 giorni)
- CHIEDE l'attivazione della didattica a distanza, in forza della specifica certificazione medica attestante le condizioni di salute del proprio/a figlio/a e la piena compatibilità delle stesse con la partecipazione alle attività didattiche.

Si allegano:

- Esito di positività del tampone
- Certificazione medica valida ai fini dell'attivazione della DDI

I/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla scuola, utilizzando l'indirizzo mail referente.covid@pacinotti.edu.it, la risoluzione della patologia al fine del rientro in classe entro le ore 18:00 del giorno antecedente il rientro.

Dichiaro di essere informato/a che in assenza delle due documentazioni sopra citate, la DaD non potrà essere attivata.

Cagliari, ____ / ____ / 202__

Firma
